

COMENTARIO EDITORIAL

Debemos utilizar las técnicas antigénicas rápidas para tratar las enfermedades infecciosas en la consulta de atención primaria

Josep Maria Cots Yago

Medicina de Familia. Centro de Salud La Marina. Barcelona. Grupo de Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

La faringitis es uno de los motivos más frecuentes de asistencia sanitaria en atención primaria. La mayoría de las veces se trata de un proceso de etiología viral que se autolimita en menos de una semana; sólo en un pequeño porcentaje de casos su origen es bacteriano (10-15%) y es la que se conoce como faringoamigdalitis o amigdalitis aguda. Se han descrito distintos agentes bacterianos como causantes de esta infección pero es, sin duda, la originada por *Streptococcus pyogenes* la que requiere un tratamiento antibiótico apropiado, ya que se ha demostrado que éste reduce la sintomatología de la infección, corta la transmisión de la infección estreptocócica y disminuye la aparición de complicaciones supuradas y no supuradas. En la práctica habitual el diagnóstico es clínico y, por tanto, el tratamiento se hace de forma empírica. Sin embargo, numerosos estudios alertan sobre la prescripción antibiótica inadecuada que se hace en esta afección, principalmente en cuanto al sobretratamiento, sometiendo a los pacientes a los problemas provenientes de un tratamiento antibiótico excesivo, como efectos secundarios y expansión de las resistencias en la comunidad. En este número de la revista se publica un trabajo sobre la validez de una prueba diagnóstica rápida en el diagnóstico de la faringitis estreptocócica, concretamente, de una técnica antigénica rápida. No es la primera vez que se publica un estudio de estas características en esta revista y, como exponen los autores, se han publicado otros trabajos similares, algunos de ellos ya hace más de 15 años. Los resultados de todos estos estudios aconsejan la utilización de estas técnicas en la consulta de atención primaria. Entonces, podríamos preguntarnos por qué su uso no se ha generalizado, ni tan siquiera en las consultas pediátricas, en las que la incidencia de infección estreptocócica es más alta que entre la población mayor de 14 años. Ciertamente, estas técnicas son ahora más sensibles y específicas que hace 15 años y muestra de ello son los mejores resultados observados en el estudio reciente de Llor et al. Otro aspecto positivo, y que señalan los propios autores, es el elevado valor predictivo negativo hallado para el diagnóstico de la faringitis estreptocócica, aspecto muy valorado por el médico, ya que ante un resultado negativo puede descartarse

Puntos clave

- En las amigdalitis bacterianas, *Streptococcus pyogenes* es la bacteria más frecuente, con unas resistencias a la penicilina del 0%.
- Los criterios clínicos poseen una sensibilidad del 50%, incluso con 4 criterios de Centor.
- El tratamiento basado sólo en los síntomas clínicos produce una sobreutilización de los antibióticos.
- Las técnicas de diagnóstico rápido para detectar *S. pyogenes* son fiables y útiles, tienen un valor predictivo negativo del 98,5% y una gran facilidad para su utilización en la consulta de atención primaria.

con casi total seguridad la infección por *S. pyogenes*. Este aspecto es fundamental si se tiene en cuenta que en los países en los que se aplican estas técnicas aún se prescriben antibióticos con resultados negativos. En un estudio efectuado en los EE.UU. se comprobó que hasta a un 30% de pacientes con resultados negativos los médicos de familia les prescriben antibióticos¹. Otro aspecto a destacar del trabajo de Llor et al es la limitada validez de los datos clínicos para diagnosticar una faringitis estreptocócica. Aunque es un tema ya conocido, vale la pena destacar que estos criterios tan utilizados, como la presencia de exudado faringoamigdalares o la fiebre, son sólo un poco más predictores de etiología estreptocócica que su ausencia y, curiosamente, en este estudio no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Estos 2 criterios, junto con la presencia de adenopatías cervicales dolorosas y la ausencia de tos, conforman los 4 criterios para recibir tratamiento antibiótico, descritos por vez primera por Centor et al en 1981² (de ahí que a estos criterios se los conozca también con el nombre de este autor). Numerosas guías de práctica clínica, entre las que se encuentra la de la Sociedad Norteamericana de Enfermedades Infecciosas,

recomiendan tener en cuenta estos criterios y en aquellos que presentan dos o más, asegurar la etiología estreptocócica con la utilización de las técnicas antigénicas rápidas³, ya que incluso en aquellos pacientes que presentan todos los criterios de Centor, la incidencia de faringitis estreptocócica no llega a la mitad de los casos. Sólo en los casos positivos debería administrarse tratamiento antibiótico, el cual, en pacientes no alérgicos a la penicilina, debería ser la penicilina V, que puede administrarse cada 12 h la dosis de 1.200.000 U. Es una pena que, ante la ausencia de resistencias de *S. pyogenes* frente a este antibiótico, se sustituya por otros antibióticos de mayor espectro antibacteriano y, por tanto, con mayor tendencia a generar resistencias. En cambio, sí que se ha publicado un 30% de resistencias frente a los macrólidos, con un mecanismo de resistencia inducido, de manera que en un porcentaje elevado de casos se producen resistencias frente a macrólidos de 14 y 15 átomos y no frente a los de 16 átomos; por esta razón, se recomienda administrar estos últimos o lincosamidas como tratamiento de elección en los pacientes con posible alergia a los betalactámicos en España (fig. 1)⁴.

El uso de estas técnicas antigénicas rápidas no es más complicado que el uso de tiras reactivas de orina y no consume un tiempo excesivo. Incluso en casos positivos, se puede llegar al diagnóstico en no más de 2 min desde que se inicia su determinación. En la mayoría de los países europeos, así como en Estados Unidos y Canadá, su uso se ha generalizado⁵. La publicación de este estudio debería significar un punto de inflexión y, junto con otros proyectos actuales, como el Happy Audit, que busca la introducción de métodos diagnósticos rápidos en la consulta, debería significar una toma de conciencia y un cambio de hábitos por parte de los médicos de familia y los pediatras. Por supuesto, estos resultados deberían ser asumidos por la administración, que debería dotar a nuestros centros de salud de estas pruebas diagnósticas. Una determinación cuesta aproximadamente 3 €, algo menos de lo que cuesta una envase de penicilina. Este factor, junto con la consideración de una menor expo-

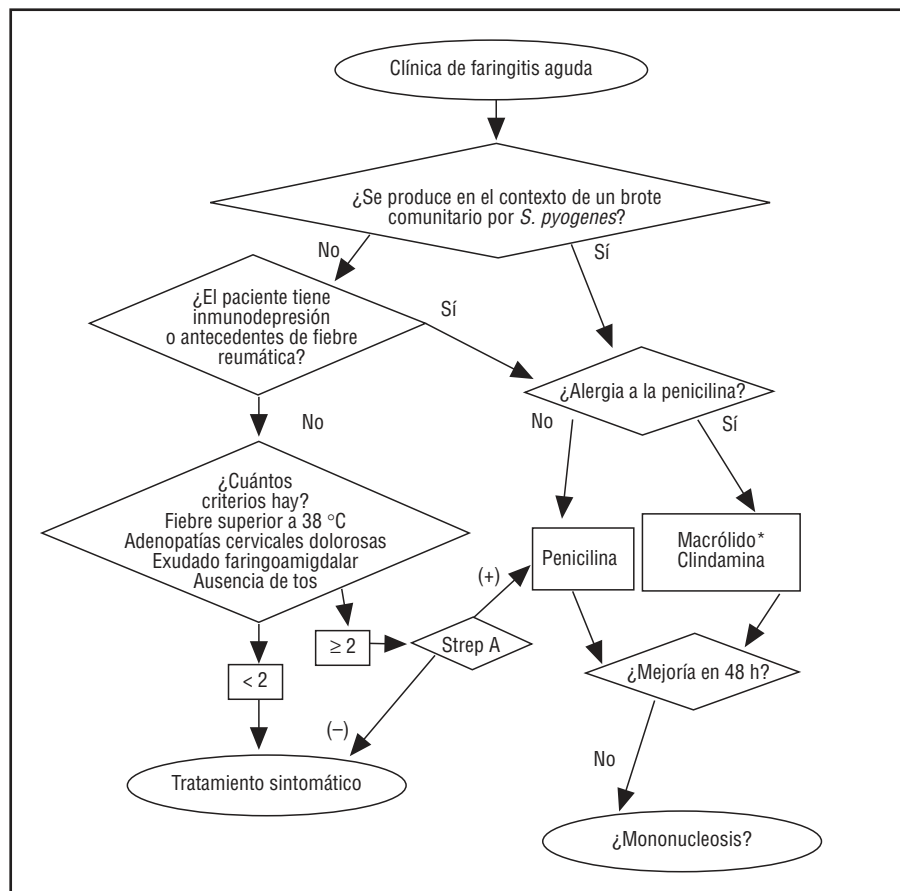


FIGURA 1

sición a la población a los antibióticos cuando éstos no están indicados, resuelve un problema de salud pública, tanto para el paciente que no deberá tomar un antibiótico innecesario, evitando así los posibles efectos secundarios, como para el ámbito comunitario, controlando el incremento de las resistencias. Por tanto, ¿a qué esperamos?

Bibliografía

1. Linder JA, Chan JC, Bates DW. Evaluation and treatment of pharyngitis in primary care practice: the difference between guidelines is largely academic. Arch Intern Med. 2006;166:1374-9.
2. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making. 1981;1:239-46.
3. Bisno A, Gerber M, Gwaltney J. Practice guidelines for the diagnosis and management of streptococcal pharyngitis. Clin Infect Dis. 2002;35:113-25.
4. Llor C. Infecciones del tracto respiratorio. AMF. 2005;1:257-68.
5. Centor RM, Allison JJ, Sepi M, Cohen SJ. Pharyngitis management: defining the controversy. J Gen Intern Med. 2007;22:127-30.